

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer
Av regionen tilldelad vårdgivarkod	Telefon	E-postadress
Adress		Postnummer Ort

Min rätt till ersättning enligt lagen är reglerad
 i samverkansavtal enligt övergångsbestämmelser till lagen om ersättning för fysioterapi

Verksamheten

Vilken arvodeskategori gäller för verksamheten
 Arvodeskategori A Arvodeskategori B

Nuvarande omfattning av min verksamhet
 Jag arbetar idag
 heltid deltid, omfattning _____ % Jag är inte aktiv

Om verksamheten inte drivs på heltid, ange skäl till det:

Verksamheten ska tidigast överlätas:

Min verksamhet som ska överlätas består av följande
 Antal patientbesök/år ca _____
 Inventarier och utrustning enligt bilaga nr _____
 Fastighet Bostadsrätt Hyreslokal

Verksamhetsadress: _____

Avtal med leverantörer etc enligt bilaga nr _____ Finns det möjlighet för den övertagande vårdgivaren att bedriva verksamheten i samma lokal?
 Övrigt enligt bilaga nr _____ Ja Nej

I verksamheten finns följande anställningar, se bilaga _____¹

Vem kan lämna närmare upplysningar om verksamheten till eventuella intressenter under en ansökningsinbjudan?

Övriga upplysningar

Härmed anmäler jag min avsikt att

- överlåta min verksamhet,
- säga upp min rätt till ersättning enligt lagen om ersättning för fysioterapi, och
- möjliggöra för annan fysioterapeut att ingå samverkansavtal med regionen.

Datum/ort _____

Underskrift _____

¹ En kommande överlåtelse kan vara att betrakta som en verksamhetsövergång. De viktigaste reglerna om verksamhetsövergång finns i 6 b § lagen om anställningsskydd (LAS) och i 28 § medbestämmandelagen (MBL). De arbetsrättsliga regler som gäller vid övergång av verksamhet är tvingande till förmån för arbetstagarna.